Royaume du Maroc

Ministère de la santé publique

Province ou préfecture de : ………………………………………



FICHE DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE MALADIE

- Maladie : …………………………………………………… Code : ………………………………………………
- Nom ou initiales du malade (1) : …………………………………………………………………………………
- Age : ………………………. Sexe : M – F Profession : …………………………………………………………
- Adress exacte (2) : ……………………………………………………………………………………………………

  ………
- Lieu de travail ou école fréquentée (2) : ……………………………………………………………………….
- Date de début de la maladie : …… / …… / ………
- Cas clinique : ………
- ou cas confirmé : ……… , Type de confirmation : …………………………………………………………
- Observation et remarques éventuelles : …………………………………………………………………………

  ………

  ………

Date de déclaration : ……… / ……… / ……………

Nom, adress et signature
du médecin declarant

---

(1) Pour le SIDA et les MST seules les initiales seront mentionnées

(2) À ne pas remplir en cas de SIDA et de MST